

demi-journée; les flacons sont ensuite plongés au bain-marie dans l'eau bouillante pendant 20 minutes. Comme le lait ne bout qu'à 101°, cette opération ne le met pas en ébullition; par suite sa composition n'est pas altérée; néanmoins, tous les germes pathogènes sont tués. Au moment d'en faire usage, il suffit de substituer une tétine au bouchon du flacon, on obtient ainsi un biberon, sans transvasement du lait.

Pour les tout jeunes enfants, on pourra couper le lait de vache d'un tiers ou d'un quart d'eau avant de stériliser le tout. Cette précaution met à l'abri de la dyspepsie chronique (dyspepsie du lait de vache pur, Marfan¹).

Le procédé de Soxhlet-Budin est le meilleur dans les cas où l'on est certain de recevoir plusieurs fois par jour du lait fraîchement trait, de bonne provenance. Dans les grandes villes, ces conditions sont difficiles à remplir. Malgré l'emploi de la pasteurisation aujourd'hui universellement adoptée dans l'industrie laitière, on n'est pas sûr de ne pas recevoir quelquefois du lait ayant un commencement de culture microbienne; le passage au bain-marie tuera bien les microbes, mais il ne détruira pas les toxines déjà versées dans le lait, et la gastro-entérite ne sera pas évitée. Aussi dans les grandes villes, en été, le lait industriellement stérilisé sera recommandé; mais, s'il s'agit de tout jeunes enfants, on préférera le lait maternisé ou humanisé.

L'usage du lait comme unique aliment peut sans inconvénient être prolongé jusqu'à l'âge d'un an; le sevrage doit être progressif; les soupes, les panades au lait, les potages, les purées de légumes sont les premiers aliments à donner à l'enfant. Il faut éviter de sevrer les nourrissons pendant les grandes chaleurs.

Traitement. — Les dyspepsies chroniques de l'enfance guérissent habituellement par le simple retour à une alimentation rationnelle. Dans les entérites aiguës, le rôle du médecin est plus actif: il importe d'abord de vider le tube digestif

1. Marfan. *De l'allaitement artificiel*. Steinheil, 1896.

de son contenu devenu toxique; quelques centigrammes de calomel provoquent ce résultat. Il importe ensuite de ne plus fournir d'aliment aux fermentations gastro-intestinales: on supprimera tout aliment fermentescible; on alimentera l'enfant avec de l'eau bouillie que l'on donnera à volonté¹. Les bains légèrement sinapisés recommandés par Trousseau, les lavements d'un verre d'eau tiède, les frictions stimulantes, seront employés avec avantage. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, à la dose de 50 à 100 grammes, répétées au besoin plusieurs fois par jour, sont une ressource qui permet parfois de triompher de cas qui semblaient désespérés².

§ 3. APPENDICITE — PÉRITONITES APPENDICULAIRES TOXICITÉ APPENDICULAIRE — APPENDICÉMIE

Ces dernières années, j'ai consacré dix de mes leçons cliniques à l'étude de l'appendicite³, sans compter les nombreuses communications que j'ai faites à l'Académie de médecine depuis mars 1896 sur le même sujet. C'est à l'aide de ces matériaux que je vais écrire ce chapitre de pathologie médico-chirurgicale.

Anatomie. — Avant la description de l'appendicite, rappelons en quelques mots l'anatomie de l'appendice.

L'appendice cæcal ressemble à un lombric appendu au cæcum (appendice vermiforme). Chez le fœtus, il occupe le sommet de l'ampoule du cæcum, mais chez l'adulte sa situation change: l'ampoule cæcale s'étant fortement dilatée par en bas, l'appendice se trouve implanté plus haut, à la partie postéro-interne du cæcum, à deux centimètres au-dessous de la valvule iléo-cæcale. D'après les

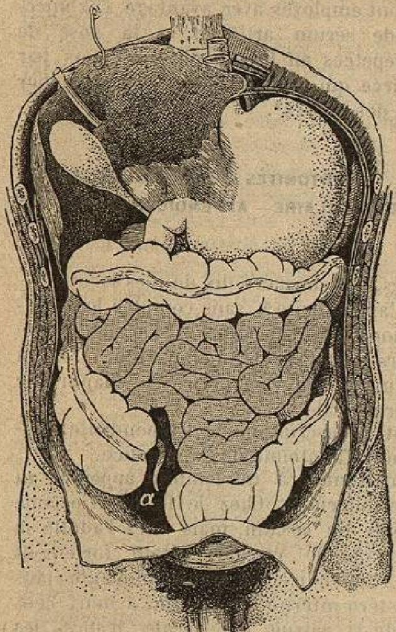
1. Watu. Th. de Paris, novembre 1896.

2. Dolézac. *Les injections de sérum dans le traitement des gastro-entérites cholériques des nourrissons*. Th. de Bordeaux, 1897.

3. Dieulafoy. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1897, 1898, 1900, 1905.

chirurgiens américains (Mac Burney), ce point d'implantation correspond, sur l'abdomen, au milieu d'une ligne tirée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic. C'est en effet dans cette région que siège le plus habituellement la douleur de l'appendicite.

L'appendice cæcal a 7 à 12 centimètres de long et moins d'un centimètre de large. Il est souvent maintenu en place

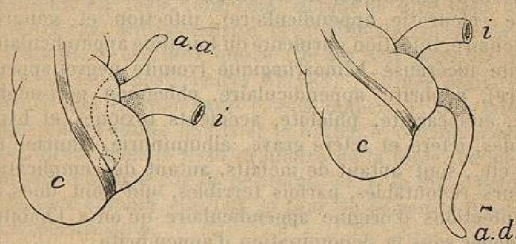


a. Appendice cæcal; type descendant.

dans la moitié interne de la fosse iliaque droite par un repli du péritoine (mésopendice), mais les situations et les directions de l'appendice sont extrêmement variables. Dans le type descendant, l'appendice descend en croisant le muscle psoas et plonge dans le petit bassin, situation qui permet d'expliquer la topographie de l'abcès péritonéal prærectal, dont la tendance est de s'ouvrir dans le rectum, dans le vagin, ou dans la vessie. Dans le type ascendant et postérieur, type fréquent, l'appendice longe en remontant la face postérieure du cæcum et du colon; cette situation permet d'expliquer

la topographie de l'abcès péritonéal rétro-cæcal, des abcès de la fosse iliaque et des abcès situés très haut derrière le colon. Il y a un type latéral interne et un type latéral externe, l'appendice côtoyant le côté interne ou le côté externe du cæcum. C'est dire que le point de départ des lésions appendiculaires (avec ou sans adhérences qui cantonnent ces lésions) peut se faire au-dessous, en arrière, en haut, en dedans, en dehors du cæcum.

L'appendice est parfois muni, à son orifice dans le cæcum, d'une valvule dite valvule de Gerlach, qui s'oppose à l'introduction des matières fécales dans le canal appendiculaire. Bien que Clado et Lafforgue considèrent



a, a, appendice type ascendant, rétro-cæcal; a, d, appendice type descendant; c, cæcum; i, iléon.

cette valvule comme extrêmement rare, il m'a été possible de la constater assez souvent, et même fort développée, sur des cæcums qui m'avaient été préparés par mon interne M. Marion lors de mes leçons sur l'appendicite.

L'appendicite a la même structure que le cæcum; il se compose de quatre tuniques: une tunique externe péritonéale, une tunique musculaire à fibres longitudinales et musculaires; une tunique sous-muqueuse composée de tissu conjonctif et presque dépourvue de fibres élastiques; une tunique muqueuse, à épithélium cylindrique, à stroma adénoïde, à follicules clos, à glandes en tube. Il est à re-

marquer que l'appendice va en s'effilant vers sa pointe, et, à ce niveau, les fibres musculaires et les glandes disparaissent progressivement, tandis que la couche celluleuse prend une plus grande importance.

L'appendice est traversé dans toute sa longueur par un canal central, *canal appendiculaire*, dont la lumière fort étroite et assez inégale ne mesure guère que trois à quatre millimètres de diamètre. Ces quelques notions étant établies, abordons l'étude de l'appendicite.

Discussion. — Depuis quelques années, l'appendicite a pris en médecine et en chirurgie une importance de premier ordre. Péritonite aiguë généralisée ou localisée, empyème sous-phrénique, infection purulente et putride de la plèvre (pleurésie appendiculaire), infection et gangrène pulmonaire, infection purulente du foie (foie appendiculaire), gastrite ulcéreuse hémorragique (vomito negro appendiculaire), néphrite appendiculaire, phlegmon péri-néphrétique, endocardite, phlébite, accidents toxiques et hypertoxiques, ictère et ictère grave, albuminurie, anurie, urémie, etc., sont autant de méfaits, autant de complications toujours redoutables, parfois terribles, qui sont dues aux toxi-infections d'origine appendiculaire qu'on a l'habitude d'englober sous la dénomination d'appendicite.

Mais d'abord, qu'il soit bien entendu que c'est à l'appendicite, et à elle seule, qu'on doit rapporter tous les symptômes, tous les accidents, autrefois mal connus et mal interprétés, qu'on mettait sur le compte des typhlites et des pérityphlites.

Nos connaissances sur l'appendicite sont de date assez récente. Jusqu'en 1888, la typhlite régnait en souveraine¹. Cette typhlite stercorale, comme on l'appelait, était due, croyait-on, à un engorgement du cæcum par des matières fécales. Cet engorgement fécal, cet engouement, suivant l'expression consacrée, déterminait une inflammation des

1. Ricard. Typhlite, pérityphite et appendicite. *Gaz. des hôp.*, 1891, n° 17, p. 145.

parois du cæcum. C'était la typhlite avec son cortège de symptômes : constipation, douleur, tuméfaction, empatement de la fosse iliaque droite, et, dans quelques cas plus violents, fièvre, nausées et vomissements. Cette soi-disant typhlite se terminait habituellement par résolution, mais elle pouvait, disait-on, aboutir à l'ulcération, à la perforation du cæcum, et déterminer la pérityphlite, la péritonite, le phlegmon iliaque. Il y avait péritonite si la lésion siégeait à la face antérieure du cæcum, il y avait phlegmon iliaque si la lésion siégeait à la face postérieure qu'on supposait à tort privée de péritoine.

Telles ont été, en quelques mots, les notions longtemps accréditées. Eh bien, tout cela, il faut le dire bien haut, était faux, car, ainsi comprise, la typhlite stercorale n'existe pas. D'abord, il est faux que le cæcum soit privé de péritoine à sa face postérieure. En 1887¹, Tuffier était venu confirmer une opinion trop passée inaperçue, que jamais, pas plus chez l'adulte que chez le fœtus, le cæcum n'est en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque ; le cæcum est entouré par le péritoine, et « la main peut en faire le tour comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde ».

D'autre part, vers la même époque, les chirurgiens américains s'étant mis à ouvrir le ventre d'une façon précoce pour les accidents autrefois imputés à la typhlite, ils virent bien que ces accidents avaient pour origine, *non pas le cæcum*, mais l'appendice cæcal. La même remarque fut faite des centaines de fois par des chirurgiens de tous pays, en Angleterre, en Suisse, en Allemagne, en France, si bien qu'à la description erronée de l'ancienne typhlite s'est substituée peu à peu la notion précise et vraie de l'appendicite. Ces idées, péniblement admises par quelques-uns, ont été consacrées une fois de plus au Congrès de chirurgie de 1895, et lors des discussions de la Société de

1. Tuffier. Étude sur le cæcum et ses hernies. *Arch. gén. de méd.*, 1887, vol. 1, p. 641.